

An die  
Bezirkshauptmannschaft  
z. Hd. Amtstierarzt  
Dr. Oettl Josef

Tel.Nr. . 0512/5344-5090  
Fax.Nr. 0512/5344 74 5005

## VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG

Ich .....  
wohnhaft in .....  
Tel.Nr.: .....

verpflichte mich, am CAE-Bekämpfungsprogramm der Tiroler Ziegenzüchter teilzunehmen und die Richtlinien einzuhalten.

Als Betreuungstierarzt wird Herr/Frau

.....  
namhaft gemacht.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

Das Betreuungsverhältnis gilt für die Dauer eines Jahres. Es verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht drei Monate vor Ablauf gekündigt wird.